

Seguro Zurich Salud



Zurich Salud es un seguro creado especialmente para entregarte tranquilidad y protección frente a gastos médicos de alto costo, ofreciendo diversas alternativas de planes que se adaptan a las distintas necesidades de cobertura. Actúa como un complemento a la cobertura de tu plan de salud.

Puedes reembolsar tus gastos médicos con libre elección de médicos y clínicas. Tiene cobertura anual renovable, según las condiciones establecidas, no tiene cobros de deducible para ciertas enfermedades graves y puedes incorporar tus cargas hasta que cumplan 24 años.



¿Qué protección entrega?

Puedes proteger a tu familia y el patrimonio frente a gastos inesperados producidos por accidente o enfermedad. Planes desde **UF 5.000, UF 10.000 y hasta UF 15.000** de cobertura con deducible de UF 100. La cobertura y el deducible se ajustan cumplidos ciertos hitos etáreos establecidos en la póliza. Es de libre elección determinar con que médico o clínica quieres atenderte.

Límites de coberturas:

Monto Máximo de Reembolsos: Este seguro tiene un límite de aplicación conjunta máximo de reembolsos:

- Anual:** UF 5.000 ó 10.000 ó 15.000 (según plan contratado), por año de vigencia de la póliza y;
- Por Evento:** UF 5.000 ó 10.000 ó 15.000 (según plan contratado) con una duración máxima de 36 meses del Evento.
 - a partir de los 70 años el límite de reembolsos Anual y por Evento será de UF 5.000.
 - a partir de los 80 años el límite de reembolsos Anual y por Evento será de UF 3.500.
 - Duración máxima del evento 36 meses.



¿A quién puedo elegir como cargas?

Protegemos a quienes dependen de ti. Puedes asignar como carga a tu cónyuge, hijos y otros como tus padres, nietos, sobrinos, entre otros.



¿A qué edad lo puedo contratar?

La edad de contratación del asegurado es desde los 18 a 64 años de edad y puedes ingresar a dependientes desde los 15 días de nacidos, de manera de estar inmediatamente resguardados.

El seguro opera de manera complementaria al plan de salud en Isapre o Fonasa, por lo que esto último es requisito necesario para cobertura.

Cobertura anual renovable, previa evaluación al final de cada periodo, por lo que la renovación no está garantizada.



Reembolsos de gastos médicos

Estas coberturas estarán sujetas al porcentaje de reembolso efectivo del sistema previsional de salud del asegurado, el cual corresponde al cociente entre la bonificación otorgada por este, y el valor total de la prestación según los siguientes porcentajes, todo ellos conforme a los topes establecidos en las condiciones contratadas:

Reembolso efectivo Isapre/Fonasa

- Superior a 50%
- Inferior al 49,9%
- Sin cobertura

Reembolso póliza

- 100% del monto reclamado
- 50% del monto reclamado
- 25% del monto reclamado



Coberturas

A.- Beneficios por hospitalización

- Días cama hospitalización
- Servicios hospitalarios
- Honorarios médicos quirúrgicos
- Cirugía dental por accidente
- Servicio privado de enfermera
- Servicio de ambulancia: máximo número de traslados terrestres de ambulancia dentro de un radio de 50 kms.: 2 traslados anuales por personas asegurada.

B.- Beneficios ambulatorios

- Consulta médica
- Exámenes de laboratorio
- Radiografías
- Procedimientos
- Drogas antineoplásicas e inmunosupresoras

C.- Beneficio enfermedades graves: los beneficios de hospitalización y ambulatorio señalados en las letras A y B precedente no tendrán deducible en el caso de producirse las siguientes enfermedades graves. Este beneficio es hasta que el asegurado cumpla 65 años.

- Infarto agudo al miocardio
- Derrame o hemorragia e infarto cerebral
- Cáncer
- Insuficiencia renal
- Parálisis
- Cirugía arteri coronaria
- Trasplante

Los porcentajes y topes de cobertura de cada prestación dependerán de las condiciones contratadas en el seguro.



Amplia Cobertura

Cobertura en el extranjero solo en caso de urgencia, y excepcionalmente cuando no exista disponible en nuestro país el tratamiento de la enfermedad o incapacidad reclamada.

Puedes incorporar cónyuge, conviviente, padres, hermanos e **hijos mayores de 14 días hasta 23 años.**



Prestaciones en el exterior

Se reembolsarán solo en caso de urgencia, y excepcionalmente cuando no exista disponible en nuestro país el tratamiento de la enfermedad o incapacidad reclamada. En estos casos, el porcentaje máximo a bonificar será el **50%** de los gastos reclamados cuando se haya usado el sistema de salud, y un **25%** cuando el sistema de salud no otorgue cobertura a la prestación reclamada.



Portal de clientes

Puedes hacer distintas operaciones en tus productos de forma rápida y fácil en nuestro portal online **www.zurich.cl**



¿Por qué contratar con Zurich?

Por nuestra experiencia: Somos la primera aseguradora a nivel nacional y la más antigua de Latinoamérica, con más de 165 años de experiencia en el país.

Por nuestro respaldo: Somos parte de Zurich Insurance Group, compañía internacional con 150 años de trayectoria y presencia a nivel mundial.

Asesoría personalizada: Nuestros asesores te entregarán una adecuada solución para tus necesidades de protección y ahorro.

La Compañía que asegura el riesgo es **Zurich Chile Seguros de Vida S.A.** El folleto contiene un resumen de las coberturas, condiciones y exclusiones del **Seguro Zurich Salud**. El detalle de sus características, requisitos de asegurabilidad, extensión de la cobertura, sus limitaciones y el monto y forma de pago de la prima, se detallan en las siguientes condiciones generales y cláusulas adicionales incorporadas en el Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero: POL 3 2021 0046 y en sus condiciones particulares.